

**FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE**

**Estimado paciente:**

**Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

**N.º de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Domicilio principal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular:**  Preferencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Celular**  Preferencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Domicilio secundario:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz?**  Sí  No

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**¿Podríamos enviarle un correo electrónico?**  Sí  No

**Idioma de preferencia:**

**Origen étnico:**  Hispano/latino  No hispano/latino

**Raza:**  Nativo americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  Blanco  Otra

**Nombre de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la farmacia y calles transversales:** \_\_\_\_\_

*(Solo para uso interno)*

**N.º de historia clínica:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que lo refirió a nuestra clínica (si fuera otro): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Enumere a los médicos que consulta: (Incluya el n.º de teléfono):

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Situación laboral:**

Empleado/Independiente     Desempleado     Retirado     Discapacitado

Ocupación (u ocupación anterior): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Directivas avanzadas:**

Testamento en vida     Sí     No     Se desconoce    Carta poder legal     Sí     No     Se desconoce

Orden de no resucitar     Sí     No     Se desconoce

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Motivo de la visita:** \_\_\_\_\_

**Historial médico :** Marque la opción que corresponda a su afección (actual o histórica)

- |  |                          |   |                          |                                   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Ninguna                                      | <input type="checkbox"/> | Asma                                    | <input type="checkbox"/> | Diabetes                          | <input type="checkbox"/> |
| Pulmonar crónica (EPOC)                      | <input type="checkbox"/> | Lupus autoinmune                        | <input type="checkbox"/> | Enfermedad tiroidea               | <input type="checkbox"/> |
| Neumonía/bronquitis                          | <input type="checkbox"/> | Síndrome de Raynaud                     | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> |
| TB (Tuberculosis)                            | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide                     | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto                   | <input type="checkbox"/> |
| Apnea del sueño                              | <input type="checkbox"/> | Osteoartritis                           | <input type="checkbox"/> | Fibrilación atrial                | <input type="checkbox"/> |
| Pólipos del colon                            | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda crónico                | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Crohn                          | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis                            | <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco (miocardio)       | <input type="checkbox"/> |
| Diverticulitis                               | <input type="checkbox"/> | Fractura                                | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca               | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome del intestino irritable             | <input type="checkbox"/> | Accidente cerebrovascular               | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática                  | <input type="checkbox"/> |
| Colitis ulcerativa                           | <input type="checkbox"/> | Neuropatía                              | <input type="checkbox"/> | Acidez/reflujo                    | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras estomacales                          | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson                 | <input type="checkbox"/> | Soplo del corazón                 | <input type="checkbox"/> |
| ERGE/acidez                                  | <input type="checkbox"/> | Parálisis                               | <input type="checkbox"/> | Latidos irregulares del corazón   | <input type="checkbox"/> |
| Hernia hiatal                                | <input type="checkbox"/> | Convulsiones                            | <input type="checkbox"/> | Infecciones frecuentes            | <input type="checkbox"/> |
| Cálculos biliares                            | <input type="checkbox"/> | Migrañas                                | <input type="checkbox"/> | Trastorno sanguíneo               | <input type="checkbox"/> |
| Cirrosis hepática                            | <input type="checkbox"/> | Herpes                                  | <input type="checkbox"/> | Coágulos sanguíneos               | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A/B/C                              | <input type="checkbox"/> | Glaucoma/Cataratas                      | <input type="checkbox"/> | Anemia                            | <input type="checkbox"/> |
| Pancreatitis                                 | <input type="checkbox"/> | Pérdida de la audición                  | <input type="checkbox"/> | Trastorno hemorrágico             | <input type="checkbox"/> |
| Cálculo renal                                | <input type="checkbox"/> | Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> | Consumo de drogas                 | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad/insuficiencia renal               | <input type="checkbox"/> | Linfoma                                 | <input type="checkbox"/> | Depresión                         | <input type="checkbox"/> |
| Infecciones frecuentes en el tracto urinario | <input type="checkbox"/> | Leucemia                                | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |
| Próstata agrandada                           | <input type="checkbox"/> | Ansiedad                                | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |
| Enfermedad vascular periférica               | <input type="checkbox"/> | Problemas relacionados con la anestesia | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

**Otro historial médico:** \_\_\_\_\_

**Historial de cáncer:**

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento (tipo, fecha y lugar de tratamiento) \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial de cirugías previas:** (Marque e indique la fecha de cualquier cirugía y/o procedimiento al que se haya sometido)

Bypass coronario	Fecha: _____	Reemplazo de rodilla	Fecha: _____
Angioplastia	Fecha: _____	Reparación del manguito de los rotadores	Fecha: _____
Marcapasos	Fecha: _____	Cataratas	Fecha: _____
Cirugía de válvula cardíaca	Fecha: _____	Cirugía de vesícula	Fecha: _____
Hemorroidectomía	Fecha: _____	Histerectomía	Fecha: _____
Operación de próstata	Fecha: _____	Prostatectomía	Fecha: _____
Reparación de hernia	Fecha: _____	Apendectomía	Fecha: _____
Amigdalectomía	Fecha: _____	Reemplazo de cadera	Fecha: _____
Mastectomía	Fecha: _____	Tumorectomía	Fecha: _____
Otras operaciones:	_____		

**Historial social:**

**Consumo de tabaco:** (Actual y/o pasado):

- Nunca fumó
- Dejó de fumar. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años fumó? \_\_\_\_\_ año(s)  
¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_ /día
- En la actualidad fuma  Cigarrillos  Pipa  Cigarros ¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_ /día  
¿Durante cuántos años? \_\_\_\_\_
- Mastica tabaco

**Historial de consumo de alcohol:** (Actual y/o pasado):

- No bebe
- Cerveza cantidad de botellas \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes
- Vino cantidad de copas \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes
- Licor cantidad de copas \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes

**Estado civil:**  Casado/a  Soltero/a  Viudo/a  Divorciado/a  Otro

**Situación en el hogar:**  Vive solo/a  Vive con familia  Vive en un asilo de ancianos

Residente invernial  Residente anual

**Niños:**  Sí Cantidad \_\_\_\_\_  No

**Mantenimiento de la salud:**

Sigmoidoscopia/colonoscopia: Sí No \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

Última mamografía: Fecha \_\_\_\_\_ Último examen de densidad ósea: Fecha: \_\_\_\_\_ Último examen pélvico: Fecha: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la influenza (gripe): Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna contra el neumococo: Fecha: \_\_\_\_\_ Última vacuna contra el herpes zóster: Fecha: \_\_\_\_\_

Última esofagogastroduodenoscopia: Fecha: \_\_\_\_\_ Última colonoscopia: Fecha: \_\_\_\_\_ Último examen de próstata: Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Repaso de los síntomas:** (Marque cualquier síntoma **actual** que tenga.)

**General:**

- Pérdida de peso  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿Durante qué período? \_\_\_\_\_
- Fiebre
- Temp. máx. \_\_\_\_\_
- Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Fatiga

**Ojos:**

- Usa anteojos/lentes de contacto
- Visión borrosa
- Visión doble

**Oídos, nariz, garganta:**

- Dificultad auditiva o sordera
- Zumbido en los oídos
- Ganglios linfáticos agrandados
- Problemas crónicos de sinusitis
- Garganta irritada
- Dolor/sensibilidad en la boca

**Cambios/dificultad en:**

- Gusto
- Olfato

**Cardiovascular:**

- Dolor en el pecho/angina de pecho
- Palpitaciones/soplo del corazón
- Latidos del corazón o presión irregulares

**Respiratorios:**

- Tos crónica o frecuente
- Esputo con sangre
- Dificultad para respirar

**Piel:**

- Erupciones o comezón
- Cambio en el color de la piel o lunares
- Venas varicosas
- Cáncer de piel

**Gastrointestinales:**

- Dificultad o dolor al tragar
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Acidez
- Indigestión
- Bulto o sensación en la garganta
- Disfagia (alimentos que se pegan o atorran en la garganta)
- Hinchazón
- Eructación
- Diarrea
- Constipación
- Sangrado rectal
- Heces oscuras o porosas
- Sangre oculta en las heces
- Gases rectales/flatulencias excesivas
- Pérdida de heces/accidente fecal
- Inapetencia
- Ictericia

**Genitourinarios:**

- Cálculos renales
- Dolor pélvico
- Incontinencia
- Ardor o dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Dificultad para orinar
- Hombres: problemas en la próstata

**Musculoesquelético:**

- Dolor en las articulaciones/artritis
- Debilidad muscular o articular
- Dolor de espalda
- Dolor óseo
- Dolores musculares

**Neurológicos:**

- Entumecimiento/hormigueo
- Debilidad en brazos o piernas
- Mareos/aturdimiento/desmayos
- Temblores/dolores de cabeza

**Psiquiátricos:**

- Ansiedad/agitación
- Depresión
- Llanto sin razón
- Insomnio
- Alcoholismo
- Problemas relacionados con drogas

**Hematológicos:**

- Contusión fácil
- Sangrado de encías o nariz
- Transfusiones de sangre

**Sistema endocrino:**

- Intolerancia al frío o al calor
- Sequedad excesiva de la piel
- Sed excesiva
- Micción excesiva
- Problemas relacionados con el peso
- Sofocos

**Pecho:**

- Erupciones o comezón
- Cambios en el color de la piel
- Venas varicosas
- Cáncer de piel
- Dolor/bulto en las mamas
- Secreción de las mamas
- Erupción en las mamas

**Alergias/inmunología:**

- Historial de alergias
- Infecciones crónicas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial médico familiar:** Indique si algún familiar tiene historial de cáncer, enfermedad de la sangre o de otro tipo

	Edad	Enfermedad	Si ha fallecido, indique la causa
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermanos/as:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

### LISTA DE MEDICAMENTOS

Su tratamiento puede verse afectado por cualquier medicamento que ingiera, y es importante que su médico cuente con información correcta y actualizada.

**Alergias a fármacos:** Enumere todas las alergias a medicamentos

Medicamento: _____	Reacción: _____

**¿Es alérgico/a a...?:**

- Yodo 
  Látex 
  Mariscos 
  Medio de contraste intravenoso/tomografía computada 
  Huevos  
 Maní/cacahuete

Otros: \_\_\_\_\_

Tipo de reacción: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO PARA  
EL REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO**

Autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) a que me tome una fotografía (se podría usar cámara digital/video). Estas fotos se podrán incluir en mi registro médico electrónico de FCS para fines de identificación y/o documentación médica.

Al firmar el presente, confirmo que he revisado este formulario de autorización.

- Doy mi consentimiento  
 No doy mi consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

## SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, \_\_\_\_\_, solicito una copia de mi historia clínica completa de la oficina de:

---

---

Nombre y dirección del practicante

**Para enviar a Florida Cancer Specialists: (Uso interno)**

\_\_\_\_\_  
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_\_  
Fax/Número de teléfono

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que envíen por fax mi historia clínica a la persona, compañía o establecimiento médico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que al firmar esta autorización para divulgar mis registros, estoy dando permiso a Florida Cancer Specialists a recibir copias de cualquier información relacionada con cuestiones médicas, psiquiátricas, SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, análisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para la(s) persona(s) u organización que se indica(n) arriba. También entiendo que esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hubiera interpuesto alguna acción antes de la revocación. Este consentimiento es válido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

---

Marque una de las siguientes:

\_\_\_\_\_ **Otorgo mi permiso a los empleados de Florida Cancer Specialists & Research Institute para divulgar mi Información de Salud Protegida a mí y a la(s) siguiente(s) persona(s):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Solicito que mi Información de Salud Protegida sea divulgada ÚNICAMENTE a mí y no a otras **personas**.

Entiendo que puedo revocar o cambiar este consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar este.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO

**Compañía aseguradora principal:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/ID del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

¿El plan incluye la cobertura de recetas?  Sí  No

**Compañía aseguradora secundaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular secundario de la póliza: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/ID del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

¿El plan incluye la cobertura de recetas?  Sí  No

**Compañía aseguradora de la farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza de farmacia: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/N.º de Bin: \_\_\_\_\_

Certifico que la información provista es verídica. Voy a notificar a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) sobre cualquier cambio en cuanto esté disponible. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a FCS sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podría ser responsable de costear el saldo completo de mi tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

## ACUERDO SOBRE POLÍTICAS FINANCIERAS

Estimado paciente:

**Gracias por elegir a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) como su prestador de atención médica.** Nuestros médicos están comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad.

Antes de recibir cualquier tratamiento, lea y entienda las políticas financieras de FCS pertinentes a los pacientes:

- Usted acepta brindarle a FCS toda información actual y verídica relacionada con el seguro, programa de beneficios de atención médica y/o cualquier otra información del pagador, y notificar a FCS de inmediato si se produce algún cambio en su cobertura.
- Usted entiende que las políticas financieras de FCS pertinentes a los pacientes se encuentran disponibles en línea en [FLCancer.com](http://FLCancer.com) y acepta que se le apliquen estas políticas y que podrían cambiar cada tanto, sin previo aviso.
- Usted reconoce que FCS le facturará a su compañía aseguradora, plan o programa por los servicios proporcionados por FCS, y acepta que está cediendo a FCS su derecho a recibir pago o beneficios de tal compañía aseguradora o programa y autorizando que el pago se realice directamente a FCS.
- Usted acepta que es responsable de pagar a FCS todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Usted entiende que el pago de estos montos se debe realizar al momento de prestar el servicio.
- Según su compañía aseguradora, plan o programa, algunos servicios podrían no estar cubiertos. Si su seguro no autoriza o no cubre un servicio o tratamiento y, aun así, usted decide recibir tal servicio o tratamiento, usted acepta que es responsable de pagarlo. Esto se aplica a todos los pagadores de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones y requisitos de los pagadores vigentes (esto incluye cualquier “Notificación de Beneficiario Avanzado” (ABN) que pudiera corresponder en virtud de Medicare).
- Para facilitar el pago de reclamos, para realizar trámites internos y coordinar su atención con otros prestadores de atención médica, FCS va a usar su información personal a nivel interno y va a compartir tal información con su compañía aseguradora y ciertos asociados comerciales de FCS de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales vigentes.
- FCS es propietario y opera RxToGo, una farmacia especializada que ofrece ciertos productos farmacéuticos que podría recetar su médico de FCS y podría estar cubierta por su programa o plan de beneficios médicos o de farmacia (como Parte B o Parte D de Medicare). Usted no está obligado/a a usar RxToGo y podrá hacer valer sus recetas donde quiera. Sin embargo, si opta por surtir sus recetas emitidas por FCS en RxToGo, esta política y todas las demás políticas de responsabilidad financiera pertinente a los pacientes de FCS también se aplicarán a los artículos y servicios que le provea RxToGo.
- Usted reconoce que los servicios de laboratorio y/o radiología podrían ser necesarios como parte de su atención y tratamiento, que podrían ser realizados por los médicos clínicos de FCS en sus propios establecimientos. En ciertas ocasiones, los servicios se podrían brindar en establecimientos externos; en estos casos, usted entiende que podrá recibir una factura aparte directamente del prestador externo.

- Si efectúa un pago a FCS que resultara en un excedente en su cuenta (es decir, un saldo acreedor), FCS podrá retener ese monto como un depósito para los cargos sujetos al procesamiento de reclamos en curso o cargos por servicios futuros programados, y FCS podría aplicar el excedente para cubrir tales cargos pendientes o futuros programados. Si todavía quedara algún excedente después de aplicar todos los créditos, o si al concluir la atención por parte de FCS todavía quedara un saldo acreedor que no está sujeta a devoluciones a su compañía aseguradora o a otro pagador, FCS le reembolsará ese saldo acreedor a usted. No obstante, usted acepta que cualquier reembolso menor de \$10.00 se efectuará solo si usted lo solicita por escrito y, en tal caso, si no se recibe una solicitud de reembolso dentro de los cinco (5) años posteriores a la conclusión de su atención, se perderá cualquier saldo acreedor menor de \$10.00.

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACORDADO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS PERTINENTES AL PACIENTE ANTES EXPUESTAS. EL PACIENTE PODRÁ RECIBIR UNA COPIA, SI LA SOLICITA**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

**Para uso interno:**

\_\_\_\_\_  
Nombre (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Empleado de FCS (Firma)

**MEDIGAP**

*Solo corresponde a pacientes con seguro secundario a Medicare*

**Nombre del beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Número de reclamo del seguro médico:** \_\_\_\_\_

**Identificador del beneficiario de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Número de póliza de Medigap:** \_\_\_\_\_

Solicito que se realice el pago de los beneficios de Medigap autorizados en mi nombre a Florida Cancer Specialists o a RxToGo por cualesquiera servicios prestados por \_\_\_\_\_.

Nombre del médico

Autorizo a quienes posean información médica sobre mí a divulgar a \_\_\_\_\_

Nombre del seguro

cualquier información relacionada con este reclamo de Medicare, debido a que mi firma de esta autorización generará el pase automático de la información de pago de Medicare.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de Florida Cancer Specialists & Research Institute.

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de Florida Cancer Specialists (FCS), o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de Florida Cancer Specialists & Research Institute, sita en 4371 Veronica S. Shoemaker Blvd., Fort Myers, FL 33916.

También podrá obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad al visitar el sitio web de Florida Cancer Specialists & Research Institute en [FLCancer.com](http://FLCancer.com), seleccionar la pestaña **Patient Guide** (Guía del paciente), **New Patient Forms** (Formularios para nuevos pacientes) y hacer clic en **Notice of Privacy Policies** (Aviso de políticas de privacidad)

Fecha: \_\_\_\_\_

Aceptado \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS), sus subsidiarias y afiliadas, y a Rx To Go, LLC (y a cualquier proveedor de servicios de mensajes de texto de FCS) para que me contacte por mensaje de texto tipo SMS con el fin de recibir avisos de temas de salud, incluidos recordatorios de citas y comunicaciones de facturación.

Entiendo que se podrán aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por FCS según mi plan de teléfono celular.

Sé que no tengo obligación de autorizar a FCS para que me envíe mensajes de texto. Puedo optar por excluirme de recibir estas comunicaciones en cualquier momento respondiendo con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto no reemplazan la atención médica o de un profesional.

Al firmar a continuación, indico que soy una persona legalmente responsable del uso total de las cuentas de dispositivos móviles, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto.

**MARQUE LO SIGUIENTE:**

- Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. N. ° de celular para texto \_\_\_\_\_
- No doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar el consentimiento más adelante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente (Firma)